Aus der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Kiel.

Die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken

nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1899—1910.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Maria Traud
aus Mainz.

Berlin 1912
Emil Ebering
Mittelstraße 39.

Aus der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Kiel.

Die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken

nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1899—1910.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Maria Traud
aus Mainz.

Berlin 1912
Emil Ebering
Mittelstraße 39.

No. 54.

Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: **Stoeckel.**

Zum Druck genehmigt:

Heine

z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/dieresultederkun0000mari

Lebhaft umstritten ist noch immer die Frage nach dem Wert der künstlichen Frühgeburt. Viele Autoren, darunter Zweifel, Döderlein, Bumm, Menge und Krönig lehnen die künstliche Frühgeburt ab, und führen als Grund die Unmöglichkeit einer exakten Indikationsstellung an. Pubotomie und Sectio caesarea sollen am Ende der Gravidität an Stelle der künstlichen Frühgeburt treten. Nur die Veröffentlichung einer möglichst großen Anzahl von Fällen kann imstande sein, Klärung und Einigung in dieser praktisch so sehr wichtigen Frage zu schaffen. Um einen weiteren Beitrag zu liefern, ob und inwieweit die strikte Ablehnung der künstlichen Frühgeburt berechtigt ist, habe ich an Hand des Materials der Kieler Universitäts-Frauenklinik die Fälle von künstlicher Frühgeburt aus den Jahren 1899 bis 1910 zusammengestellt.

In der hiesigen Frauenklinik sind unter 6658 Geburten in den Jahren 1899 bis 1910 294 Geburten = 4,4 % mit abnormen Beckenverhältnissen zur Beobachtung gelangt. In 40 Fällen wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, also bei 13,6 % der engen Becken. Totgeboren oder vor der Entlassung gestorben sind 7 Kinder, darunter 2, die der Therapie nicht zur Last fallen. 1 Kind starb 2 Tage post partum; der Sektionsbefund ergab Lues aller Organe, und das andere Kind, das ad exitum kam, hatte eine ausgedehnte Spina bifida. Diese beiden Fälle sind natürlich bei der Berechnung der Kindermortalität auszuschalten. Es bleiben also 38 Geburten mit engem Becken, davon starben 3 Kinder intra partum = 7,6 %, 1 Kind starb

3 Stunden post partum; es war tief asphyktisch geboren, nicht wieder zu beleben, und 1 Kind verloren wir 2 Tage post partum infolge des erlittenen Geburtstraumas. 5 Kinder kamen also ad exitum infolge der Unzulänglichkeit, die der Methode anhaftet. Das bedeutet eine Mortalität von 13,2 % der Kinder. 1 Mutter ging zugrunde an puerperaler Pyämie = 2,5 %.

Die künstliche Frühgeburt wurde bei folgenden Arten der Beckenverengung eingeleitet:

Bei allgemein verengtem Becken

14 mal = 35,5 %.

1 Kind tot = 7,1 %.
1 Mutter tot = 7,1 %.

Bei platten Becken

17 mal = 42,5 %.

4 Kinder tot, darunter 2, die, wie schon erwähnt, der Therapie nicht zur Last fallen.

Es bleiben also 15 Fälle, darunter 2 Kinder tot = 13,3 %. (Unter diesen 17 platten Becken sind 16 mit ausgesprochen rhachitischem Charakter.)

Bei allgemein verengtem platten Becken

9 mal = 22,5 %.

2 Kinder tot = 22,2 %.

Um noch zusammenfassend einen raschen Ueberblick zu geben, schließe ich, da in allen unseren Fällen die Conjugata diagonalis genau gemessen ist, eine Zusammenstellung dem Beispiel Krönigs folgend an.

Danach finden wir eine

Conjugata diagonalis über 12,0
in 1 Fall; c. d. 12,7. Kind lebt.

Conjugata diagonalis 11,5—11,1
in 4 Fällen, wobei 3 Geburten bei ein und derselben Frau stattfanden.

Conjugata diagonalis 11,0—10,6
war bei 9 Müttern vorliegend. Kein Kind kam ad exitum, aber 1 Mutter ging zugrunde an den Folgen einer Pyämie. Fall J.-Nr. 93/1899. Ich komme darauf später zurück.

Conjugata diagonalis 10,5—10,1
kam in 7 Fällen zur Beobachtung. Bei 1 Kind (J.-Nr. 348/1900) mußte an die Wendung auf den Fuß und Extraktion des Rumpfes die Perforation des nachfolgenden Kopfes angeschlossen werden. 1 Kind (J.-Nr. 54/1908) kam infolge eines erlittenen Schädeltraumas kurz post partum ad exitum.

Bei den 7 Kindern mit einer C. d. zwischen 10,5 und 10,1 verloren wir also 2 Kinder = 28,6 %.

In beiden Fällen finden wir eine Conj. diag. von 10,2, und zwar in Fall J.-Nr. 348/1899 bei einem allgemein verengten platten Becken, in Fall J.-Nr. 54/1908 bei einem platten Becken. Und daß nicht nur die Form und Größe des Beckens eine Rolle beim Verlauf der Geburt spielt, sondern daß es vielmehr auf das Verhältnis zwischen Beckenmaßen und Maßen des kindlichen Schädels zusammen mit einem dritten Faktor, nämlich der Wehentätigkeit, ankommt, geht klar aus den beiden Fällen hervor, wo im ersten Fall das Mißverhältnis zwischen Kindesschädel und Becken, im zweiten Fall in erster Linie die Wehenschwäche, allerdings kompliziert durch Nabelschnurvorfall, den Kindern zum Verhängnis wurde. Die Geburten verliefen folgendermaßen:

Frl. B., J.-Nr. 348/1899, 26jährige II. para (I. para Symphyseotomie, Kind mit 3 Monaten tot, Gastroenteritis).

Becken: sp. 23,6, cr. 26,8, c. ext. 16,8, c. diag. 10,2. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche.

20. I., 10 h 15 a. m.: II. Schädellage, Kopf nach rechts abgewichen. Fehlingscher Ballon, größte Nummer mit 280 cbm, ins untere Uterinsegment eingeführt.

11 h 50 a. m.: Wehen beginnen langsam; dann alle 8—10 Minuten. 1 h p. m.: alle 2—3 Minuten. 6 h: Wehen lassen nach, starke Rückenschmerzen.

10 h 45: Geburt des Metreurynters; Mm. handtellergroß, leicht dehnbar, Blase steht, drückt nicht auf Mm.

11 h 30 p. m.: Wendung auf den linken Fuß. Mm. macht der Extraktion Schwierigkeiten, deshalb auch rechter Fuß herunter geholt. Extraktion leicht bis zum unteren Winkel der Scapula. Armlösung in Walcherscher Hängelage erst nach großer Anstrengung und öfterem Heben und Senken des kindlichen Rumpfes ausführbar; zuerst hintere rechte, dann mit großer Schwierigkeit auch linke Armlösung ermöglicht. Nabelschnurpuls unterdessen erloschen. Es war eine große Nabelschnurschlinge beim Herabholen des Fußes heruntergefallen, die zunächst in die Scheide reponiert wurde. Kinn auf Linea innominata festgehakt; nur der untere Rand des Unterkiefers mit der Hand zu erreichen. Da das Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken unüberwindlich war, werden mit der Cooperschen Schere zwei Wirbelbögen durchschnitten und der Wirbelkanal bis zum Schädel sondiert. Der geringe Abfluß von Liquor cerebrospinalis und cerebrum genügen nicht; deshalb Perforation des nachfolgenden Kopfes. Kopf gelangt durch Druck und Zug ins Becken und wird so entwickelt. Post partum keine erhebliche Blutung, Massage, heiße Spülung, darauf gute Kontraktion des Uterus. Am 21. I., 1 h a. m. Credé.

Das Kind hat einfingerbreit über dem Ohr eine tiefe Impression des Scheitelbeins, in die man bequem einen Finger legen kann. Von der tiefsten Stelle der Impression verläuft deutlich eine Fraktur vorn zur rechten Coronarnaht,

nach oben zur Pfeilnaht, nach hinten zur Lambdanaht, so daß das rechte Scheitelbein in drei getrennte Knochenstücke gespalten ist. Das rechte Scheitelbein ist unter das linke geschoben. Wochenbett fieberfrei, normal.

Die Wehen, die nach 10stündiger Dauer den Metreurynter zur Ausstoßung brachten, waren gut. Das Kind war 50 cm groß, wog 3030 g und hatte einen Kopfumfang (frontooccipital) von 32,0 cm. Die trotz Anwendung der Walcherschen Hängelage sehr schwere und langwierige Armlösung hatte das Absterben des Kindes, was aus dem Erlöschen des Nabelschnurpulses zu erkennen war, zur Folge, so daß die Perforation des nachfolgenden Kopfes als die schonendste Beendigung der Geburt indiziert war.

Der zweite Fall ist von besonderem Interesse deshalb, weil bei derselben Frau, also unter genau denselben Bedingungen von seiten der Mutter 2 Jahre zuvor die künstliche Frühgeburt mit ausgezeichnetem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt worden war. Das Becken war von einem Kinde, das 2700 g wog, eine Länge von 48 cm und einen frontooccipitalen Kopfumfang von 32,5 cm hatte, passiert worden, in einer, durch Metreuryse eingeleiteten Geburt, die $9^1/_2$ Stunden dauerte und durch Wendung und Extraktion beendet wurde. Daß die Mutter bei dem guten Erfolg für sich und ihr Kind — das Kind ist gesund und sehr gut entwickelt, wiegt mit 5 Jahren 38 Pfund — wiederum die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wünscht, ist zu verstehen. Es wurde also in der 37. Woche die Frühgeburt eingeleitet.

Frau S., J.-Nr. 54/1908, 29jährige III. para (I. Geburt: Perforation des lebenden Kindes; II. Geburt: künstliche Frühgeburt, Kind lebt).

Becken: sp. 24,3, cr. 27,2, Tr. 29,5, c. ext. 17,5, c. d. 10,2, c. v. 8,3, D. tub. 8,25.

5. IV.: Einlegen von 2 elastischen Bougies in den Uterus

zwischen Eiblase und Uteruswand ohne Eröffnung der Eiblase. Keine Wehen.

6. IV.: Da immer noch keine Wehen eingetreten sind, heißes Bad 10 Liter heiße Dusche und 1,0 g Chinin.

7. IV.: Während dieses Tages noch keine Wehentätigkeit zu erzielen.

8. IV. a. m.: Regelmäßig kräftige Wehen, Kopf beweglich, hoch über dem Becken. Herztöne 126. 12 h 40 p. m.: Blasensprung, wobei die Nabelschnur in einer Schlinge von 20 cm vor die Scheide fällt. Langsame Pulsation (ca. 80 in der Minute). Mm. vollständig eröffnet, darin liegt der linke Fuß, der heruntergeschlagen wird. Es wird sofortige Extraktion angeschlossen, Armlösung gelingt leicht und Kopf tritt unter mäßigem Druck von außen in das Becken ein. Kind wiegt 2900 g, ist 47 cm lang und hat einen fronto-occipitalen Kopfumfang von 33,5 cm. Die Nabelschnur mißt 101 cm. Das Kind hat zarte, weiche Kopfknochen, der Herzschlag ist kräftig, etwas blutiger Schleim war aspiriert. Das Kind atmet spontan, ist aber auch im heißen Bad nicht zum lauten Schreien zu bringen; es wimmert nur. Aeußerlich ist keine Verletzung zu konstatieren. Kind ist auch am nächsten Tag sehr elend, zeigt schlechte Atmung trotz heißer Bäder mit kalten Uebergießungen.

9. IV., 2 h. 30 p. m.: Kind tot.

Sektionsbefund: Geringe Ausdehnung der Lungen. Kephalhämatom über dem rechten Scheitelbein. Subdurales Hämatom auf der rechten Konvexität der Schädelbasis bis in die Subarachnoidea sich erstreckend. Keine Infraktionen der Schädelknochen.

Wochenbett fieberfrei, normal. Patientin verläßt am 3. Tag das Bett und am 16. IV. die Klinik.

Ich glaube, daß in diesem Falle der Bougiemethode mit der ihr anhaftenden langen Geburtsdauer, kompliziert durch den Nabelschnurvorfall die Schuld an dem Tode des Kindes beizumessen ist. Der Nabelschnurpuls war beim Vorfall

der Nabelschnur, der durch ihre Länge von 101 cm begünstigt war, nur 80 in der Minute. Das führte zu der rasch forcierten Extraktion, die, durch das Schädeltrauma, das sie setzte, die Ursache für den Tod des Kindes war.

Es folgen nun die Fälle mit einer

Conjugata diagonalis 10,0—9,6 cm.

Dieser Gruppe reihen sich die meisten Becken unter, und zwar gehören dazu 15 Fälle.

2 Todesfälle von Kindern (J.-Nr. 82/1899 und J.-Nr. 172/1900) fallen darunter, das bedeutet also eine Mortalität von 13,3 %.

Fr. B., J.-Nr. 82/1899 (plattes Becken mit ausgesprochen rhachitischem Charakter). 32jährige II. para (I. Geburt: Dekapitation, Eventeration). Becken: sp. 27,0, cr. 28,2, c. ext. 17,8, c. d. 10,0. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche.

19. V.: Aeußere Untersuchung: I. Ant. Querlage. Mm. für einen Finger durchgängig. Kolpeurynter eingelegt auf 350 ccm gefüllt mit 250 ccm, durch Zug entfernt. Dann Einführen des Müllerschen Ballons mit 450 ccm. 5 h p. m.: Wehen alle 3—5 Minuten. Patientin sehr unruhig. Temperatur 37,9°. Morphiuminjektion 9,15.

20. V., 6 h a. m.: Die vorher schwachen Wehen werden wieder intensiver und um 10 h a. m. wird der Metreurynter in die Scheide geboren. Mm. handtellergroß. Saum noch sehr wulstig. Abwarten. 4 h p. m.: Mm. vollständig eröffnet, Blase steht. 4 h 30: Blasensprengung; Extraktion nach Wendung auf rechten Fuß. Armlösung leicht. Kopf nicht mit Wiegand-Martin-Winkel und Mauriceau Levret mit Druck von außen ins Becken zu bringen. Erst mit Walcherscher Hängelage und starkem Kräfteaufwand gelingt die Entwicklung des Kopfes. Schädel zeigt keine Impression auf dem Scheitelbein; Kind tief asphyktisch, schreit ein paarmal kräftig, atmet gut, Farbe aber dauernd tief cyano-

tisch, Muskeltonus minimal. Atmung dann flacher, Kind in Cyanose 3 Stunden post partum tot. Das Kind war das kleinste unter allen durch künstliche Frühgeburt entwickelten. Es wog nur 2440 g, hatte eine Länge von 48 cm, dabei einen auffallend großen frontooccipitalen Kopfumfang, nämlich 34,5 cm.

Der Sektionsbefund fehlt leider, und so kann man nur vermuten, daß der Schädel, der nur mit so enormem Kräfteaufwand ins kleine Becken zu pressen war, ein Trauma erlitten haben muß, das den Tod des Kindes herbeiführte. In letzter Zeit sind an der hiesigen Klinik als Todesursache bei äußerlich unverletzten Kindern Tentoriumrisse gefunden worden, und es ist in diesem Falle nicht ausgeschlossen, daß eine solche intrakranielle Verletzung den Tod des Kindes herbeigeführt hat.

Bei dem zweiten unter diese Rubrik zählenden Todesfall erfolgte bei allgemein verengtem platten Becken (J.-Nr. 172/1900) der Tod des Kindes intra partum. Weil aber in diesem Fall, wie im Fall J.-Nr. 54/1908 die Länge der Geburt die Schuld an dem Absterben des Kindes trägt, will ich den Fall genauer bei der Kritik der Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bringen.

Eine

Conjugata diagonalis 9,5—9,0

sahen wir in 5 Fällen. 1 Kind starb intra partum.

Fr. M., J.-Nr. 37/1899, 33jährige II. para (I. Geburt: Wendung, Extraktion, Kind totgeboren. Tiefe Schädelimpression). Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche. Becken: sp. 28,0, cr. 28,5, c. d. 9,0, c. v. 7,25.

18. IV., 11 h a. m.: Kolpeurynter durch für einen Finger durchgängigen Mm. eingelegt und auf 180 ccm aufgefüllt. Nach Erwachen aus Narkose, Wehenbeginn. 9 h p. m.: Kolpeurynter geboren. Wehen kräftig, erste Steißlage.

19. IV., 9 h a. m.: Mm. kleinhandtellergroß, Rand noch

ziemlich dick. Blase prall, darin kleine Teile fühlbar. 4 h 45: Mm. nicht weiter, Blase gesprengt, rechter Fuß erfaßt und angezogen. Keine Nabelschnurschlinge fühlbar. Fruchtwasser fast völlig abgeflossen. Kindliche Herztöne über Abdomen nirgends wahrnehmbar. 5 h 45: Nach einigen kräftigen Wehen Steiß zum Einschneiden und Geburt bis zum Nabel spontan. Dann Extraktion. Armlösung leicht. Mauriceau-Levret bei Walcherscher Hängelage. Mit leisem Ruck Kopf ins Becken. Nabelschnur pulslos. Kindlicher Herzschlag schwach, arhythmisch, keine Atmung, trotz aller Versuche: Herzmassage, Trachealkatheterismus, Hautreize, Schultzesche Schwingungen ohne Erfolg. Schädel ohne jegliche Impressionsspur.

Es ist in diesem Falle schwer zu sagen, was der Grund dafür war, daß das Kind abgestorben ist. Die Möglichkeit besteht, daß eine zu starke Kompression der Nabelschnur das kindliche Leben vernichtet hat. Kein Sektionsbefund.

Wenn wir nun die Fälle von Kindestod intra oder bald post partum noch einmal einer kurzen Kritik unterziehen, so kommen wir zu dem Schluß, daß außer dem Fall J.-Nr. 272/1900, wo ausschließlich die lange Geburtsdauer den Tod des Kindes herbeiführte, und im Fall J.-Nr. 54/1908, wo zur langen Geburtsdauer noch der Nabelschnurvorfall als Komplikation hinzutrat, die Kinder, intra partum Traumen erlitten haben, die ihr Leben vernichteten. Es war also der Zeitpunkt der Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu spät für das Verhältnis von Becken der Mutter zum Kindesschädel. Sie lag in diesen Fällen in der 36. und 37. Woche.

Die Frage nach der Zeit, wann man die künstliche Frühgeburt einleiten soll, ist ja eine der wichtigsten in dieser Frage überhaupt. Gerade die Unmöglichkeit einer genauen Bestimmung des Zeitpunktes der Schwangerschaft, zusammen mit der Unsicherheit, einer exakten Messung der Kindesgröße, und die daraus sich

ergebende Unmöglichkeit einer exakten Diagnose und Indikationsstellung, sind die Hauptvorwürfe, die der künstlichen Frühgeburt gemacht werden.

An der hiesigen Klinik ist die künstliche Frühgeburt in der 35. bis 38. Woche, gerechnet von dem ersten Tage der zuletzt eingetretenen Menstruation mit folgenden, aus den Tabellen ersichtlichen Resultaten eingeleitet worden.

In der 38. Woche wurde die künstliche Frühgeburt 5 mal eingeleitet = 12,5 % der Fälle. Alle Mütter und Kinder haben die Klinik gesund verlassen.

In der 37. Woche kam die künstliche Frühgeburt in 18. Fällen zur Anwendung = 45 % der Fälle. Unter diesen 18 Fällen verloren wir 3 Kinder intra oder bald post partum = 16,7 %. Unter den 15 Kindern, die die Klinik gesund verlassen haben, ging 1 Kind (J.-Nr. 368/1903) mit $2^1/_2$ Jahren an Pneumonie zugrunde.

In der 36. Woche wurde die künstliche Frühgeburt 16 mal eingeleitet = 40 %. 2 Kinder kamen davon ad exitum durch Gründe, die der Therapie nicht zur Last zu legen sind, es bleiben also 14 Fälle übrig mit einer Mortalität von 14,3 %. Nach dem Verlassen der Klinik gingen 2 Kinder (J.-Nr. 154/1901) mit 11 Wochen an „Nierenleiden", J.-Nr. 123/1901 mit 10 Monaten an „Zahnkrämpfen" zugrunde.

Die eine künstliche Frühgeburt in der 35. Woche wurde mit günstigem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt. Das Kind starb allerdings mit $^1/_2$ Jahre.

Unter den 40 Fällen von künstlicher Frühgeburt wurde die Operation ausgeführt:
in der 38. Woche 5 mal.

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
209/99	53	3790	34,9
402/01	48	3350	34,0

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
399/03	49	3030	33,6
60/08	51	3630	36,0
637/08	49	2610	32,0

in der 37. Woche 18 mal.

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
37/99	49	2870	34,2
93/99	48	2750	33,5
101/99	49	3150	33,3
147/99	51	3000	33,5
263/99	51	3450	36,0
264/99	46	2510	32,5
348/99	50	3030	32,0
119/00	48	2950	32,0
222/00	48	2900	33,0
353/00	46,5	2620	32,3
212/02	50	2870	33,4
368/03	48	2750	32,2
287/04	47	2750	34,0
338/04	50	3230	33,0
245/05	50	3460	36,0
314/06	48	2770	33,0
54/08	47	2900	33,5
686/09	49	2800	33,0

in der 36. Woche 16 mal.

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
82/99	48	2440	34,5
84/99	49	2850	35,0

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
167/00	47	2620	32,3
172/00	46	2810	perforiert
311/00	47	2450	32,5
154/01	47	2750	33,5
123/04	48	2530	32,5
273/05	48	2670	33,0
46/06	48	2700	32,5
203/06	48	2550	33,8
449/06	49	2830	33,0
493/06	51	3540	34,5
250/07	47	2870	33,4
360/07	48	2850	34,0
453/07	48	2880	33,0
651/09	52	3320	37,5

In der 35. Woche 1 mal.

J.-Nr.	Größe des Kindes cm	Gewicht des Kindes g	fr. occ. Kopfumfang cm
84/04	47	2950	34,2

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist an der hiesigen Klinik mit einer Ausnahme nur bei Mehrgebärenden zur Anwendung gekommen und das ist eine Einschränkung, die für die künstliche Frühgeburt unbedingt bestehen muß. Eine Erstgebärende, die ohne die Gefahr der Uterusruptur tagelang kreißen kann, hat schon manchen Schädel, dessen Durchtritt durch das Becken unmöglich schien, so konfiguriert, daß eine geplante Hebosteotomie unnötig wurde. Und falls die Kraft der Mutter nicht ausreichen sollte, oder das Mißverhältnis zwischen Kindesschädel und mütterlichem Becken sich tatsächlich als unüberwindlich erweist, so kann in solchen Fällen die Hebosteotomie resp. Sectio caesarea das kindliche Leben

retten; wo dies unmöglich ist, muß draußen in der Praxis das Leben des Kindes geopfert werden und man muß diese I. Geburt als Probegeburt hinnehmen.

Ich komme nun weiter zur Besprechung der Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Es kamen folgende drei an der hiesigen Frauenklinik zur Anwendung:

1. Metreuryse in 35 Fällen;
2. Bougiemethode in 4 Fällen;
3. Bougiemethode kombiniert mit einer Scheidenkolpeuryse in 1 Fall.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, haben wir, von Beginn der Einleitung der künstlichen Frühgeburt an gerechnet, bei den 35 Fällen, bei denen die Frühgeburt durch Metreuryse eingeleitet wurde, eine durchschnittliche Geburtsdauer von 13,3 Stunden, während wir bei der Bougiemethode, in den 5 Fällen, wo sie zur Anwendung kam, die Geburt im Durchschnitt erst nach 52 Stunden beendet sahen.

Bei der Anwendung der Bougiemethode haben wir unter 5 Fällen 1 Kind verloren, und zwar infolge der langen Geburtsdauer.

Die lange Geburtsdauer ist aber nicht nur für das Leben des Kindes verderbenbringend, sondern die Mutter wird auch durch sie der Infektionsgefahr in so hohem Maße ausgesetzt, daß man die Bougiemethode heute ablehnen sollte.

Auch wir haben die Erkrankung 1 Mutter (J.-Nr. 402/1901) erlebt.

Fr. L., J.-Nr. 402/1901, 35jährige IX. para (I. Geburt: spontan, Kind lebt. II. und III. Geburt: Wendung, Extraktion, Kinder tot. IV. Geburt: Forceps, Kind totgeboren. V. Geburt: Künstliche Frühgeburt, Kind nach einer Stunde tot. VI. Geburt: Abort mens. III. VII. Geburt: Spontane Frühgeburt, Kind lebt, 3 Jahre alt. VIII. Geburt: Spontane

Frühgeburt mens. VI.). Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche. Becken: sp. 27,3, c. ext. 18,7, c. d. 10,0.

17. III., 5 h 30 p. m.: Einlegen eines Metallbougie nach Ablösen der Eiblase vom unteren Eipol, zwischen Eihäute und Uteruswand. Keine Wehen.

18. III., 7 h 30 p. m.: Das Bougie wird unter subjektiv empfundenem leichten Ziehen im Kreuz ausgestoßen.

19. III., 11 h 30 p. m.: Einsetzen kräftiger Wehen.

20. III., 8 h 30 a. m.: Seit $^1/_2$ Stunde geht ziemlich viel Fruchtwasser ab, besonders während der Wehen, die alle 5 Min. kräftig auftreten. 12 h 30 p. m.: Mekoniumabgang, Herztöne verlangsamt, 126 in der Minute. Muttermund handtellergroß, Kopf nur wenig tiefer getreten. Pfeilnaht zwischen queren und I. schrägen Durchmesser. Große Fontanelle bei erhobenem Becken mit gestrecktem Finger zu erreichen.

26. III., 3 h 15 p. m.: Preßwehen. 3 h 20 p. m.: Spontangeburt eines leicht asphyktischen Knaben in II. Schädellage. Kind schreit nach 5 Min. 3 h 50:Credé.

Kind am rechten Scheitelbein ca. $1^1/_2$ cm unterhalb der Tubera parietalia eine 1 cm lange, 0,5 cm breite Druckstelle (Promontorium!). Von dieser Druckstelle bis zum entgegengesetzten Tuber parietale 8,3 cm. Linkes Scheitelbein leicht deprimiert. Linkes Stirnbein etwas tiefer stehend, am linken Stirnbein eine Druckspur (os pubis?).

Wochenbett: Bis zum 25. III. normal. An diesem Tag klagt Patientin über Schmerzen in der linken Lendengegend. Uterus im linken Hypogastrium nicht druckempfindlich.

2. IV.: Befinden unverändert, keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Flatus. Temperatur 39,3°.

3. IV.: Subjektiv vollkommenes Wohlbefinden. Temperatur 38,2°.

4. IV.: Erbrechen, Schwindelgefühl. Leib etwas aufgetrieben.

5. IV.: Uterus anteflektiert, gut involviert, Befund normal. Von da an noch verschiedene Tage geringe Tem-

peraturen. Leib zwischendurch meteoristisch aufgetrieben, vorübergehend Schmerzen im linken Bein, ohne Schwellung.

10. IV.: Von diesem Tage an Temperatur normal, Patientin am 16. IV. auf eigene Gefahr entlassen.

Die Metreuryse kam in 35 Fällen zur Anwendung. Da, wie ich schon erwähnte, die künstliche Frühgeburt mit einer Ausnahme nur bei Mehrgebärenden eingeleitet wurde, so war eine künstliche Erweiterung des Cervikalkanals nur in 4 Fällen nötig. Es wurde

in 2 Fällen dilatiert bis Hegar 20,
in 1 Fall mit Bossi bis Marke 4,
in 1 Fall bis Hegar 20, kombiniert mit Bossi bis Marke 4.

Es trat dabei in Fall J.-Nr. 449/1906, wo bis Hegar 20 dilatiert wurde, eine Blutung aus dem Cervikalkanal auf, die nach Einführung des Metreurynters stand, die aber post partum noch wieder zu einem geringen Blutverlust führte. Auch bei der Dilatation mit Bossi im Fall J.-Nr. 203/1906 blutete eine Rißnarbe. Die Blutung stand sofort auf die Kompression der Rißstelle durch den Metreurynter. Es waren in beiden Fallen unbedeutende Blutverluste, die aber wieder zeigen, daß bei der Anwendung von Hegar und Bossi die größte Vorsicht geboten ist.

Es wurde dann weiter in allen Fällen gleichmäßig vorgegangen. Entweder der Cervikalkanal wurde erweitert durch Einführen von Kolpeuryntern und Entfernen derselben durch Zug und dann wurde ein Metreurynter — Müller, Champétier de Ribes — oder ein großer Gummiballon eingelegt. In einzelnen Fällen war die vorherige Erweiterung durch Kolpeurynter nicht nötig. Der eingelegte Metreurynter wurde entweder sofort mit $1—1^1/_2$ kg armiert, und in den Fällen, wo ohne Gewichtszug nach 2—4 Stunden keine Wehen aufgetreten waren, wurde nach dieser Zeit der Metreurynter belastet.

3 Todesfälle der Kinder erlebten wir bei Anwendung

der Metreuryse. Daß diese aber nicht der Methode zur Last zu legen sind, habe ich schon an anderer Stelle erwähnt.

In einem Falle (J.-Nr. 172/1900) hatte die Geburt, wie für die Metreuryse ganz atypisch ist, 102 Stunden gedauert, woran meiner Meinung nach nicht die Metreuryse die Schuld trägt, sondern die auffallend schlechte Reaktion des Uterus mit Wehen und die ungewöhnlich starke Rigidität des Cervikalkanals.

Fr. H., J.-Nr. 172/1900, 33jährige III. para (I. Geburt: Forceps, Kind lebt. II. Geburt: Prophylaktische Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes). Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 36. Woche. Becken: sp. 24,2, cr. 25,8, c. ext. 17,0, c. d. 9,6, c. v. 7,8 cm.

7. IX., 10 h a. m.: Kopf median über dem Becken. Cervikalkanal trichterförmig, innerer Mm. eben für den Finger durchgängig. Einlegen eines kleinen und mittelgroßen Kolpeurynters, wieder herausziehen mit halber Füllung, zuletzt Kolpeurynter mit 350 ccm durchgezogen. Jetzt Mm. für 2 Finger durchgängig, aber straff und rigide. Der Müllersche Ballon geht nicht durch. Beim Versuch ihn einzulegen, wird $^1/_2$ kirschgroßes Stück Muttermundslippe mit Kugelzange ausgerissen. Kolpeurynter von 350 ccm wieder eingelegt, dabei Fruchtwasserabgang. Kopf über innerem Muttermund in I. Schädellage. Jodoformgazetamponade der Scheide.

8. IX.: Kolpeurynter entfernt. Mm. dreimarkstückgroß. Frau schläft nachts.

9. IX., 4 h: Auflegen von heißen Tüchern, vereinzelt kommen Wehen zur Beobachtung.

10. IX.: Nachts manchmal Wehen, tagsüber keine. Am Abend des 10. IX., 9 h 30, fühlt die Mutter die letzten Kindsbewegungen.

11. IX., 4 h a. m.: Kindliche Herztöne nicht mehr zu hören. 3 h 30 p. m.: Wehen 5 Minuten anhaltend, krampfartig. Temperatur 38,5, Puls 112.

Aeußere Untersuchung: I. Schädellage. Mm. 5 markstückgroß, in der Scheide etwas blutiges, riechendes Sekret. Pfeilnaht quer, fingerbreit hinter der Symphyse. Trepanation des Schädels auf dem Scheitelbein, vorsichtige Extraktion. Kind frisch tot. In geringer Menge nach Extraxtion Abfluß von mißfarbenem, übelriechendem Fruchtwasser. Nach Expression der Placenta 20 Minuten post partum Spülung des Cavum uteri mit $^1/_2$ % Lysollösung.

Wochenbett: 12., 13, und 14. IX.: Temperatur normal, Wohlbefinden. 15. IX.: Schmerzen in der rechten Nierengegend. Am 16. IX. granulierte Zylinder und Leukocyten im Urin. Abends Temperatur 38,0. Diagnose: Colipyelitis der rechten Niere. Genitalbefund normal. In den nächsten Tagen Temperatur wechselnd.

6. X.: Blasenspülung. Nach wechselndem Befinden am 13. X. ad internos verlegt.

1. XII.: Gesund entlassen.

Ob die Colipyelitis in einem Zusammenhang mit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt steht, ist schwer zu sagen.

Dieser eine Fall kann bei dem guten Erfolg der Metreuryse bei den 34 anderen Fällen diese Methode natürlich nicht in Mißkredit bringen. Sie ist nach unseren Erfahrungen die beste Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und wenn man mit ihr die Anwendung von Pituitrin verbindet, so werden vielleicht auch die seltenen Fälle, in denen die Länge der Geburt infolge von Wehenschwäche zum Verhängnis für das Kind wurde, noch mehr herabgemindert werden. Es ist wohl heute noch nicht genügend erprobt, wie das Pituitrin bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt wirkt. Wir haben aber bei Abortus incipiens mit noch kaum eröffnetem Muttermund sehr rasch kräftige Wehen einsetzen sehen, und so glaube ich, daß man auch wohl berechtigt ist, in dem

Pituitrin eine wertvolle Unterstützung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt erwarten zu dürfen.

Der Infektionsgefahr, der einzigen, aber bei Wahrung der strengsten Asepsis wohl zu vermeidenden Gefahr bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist uns eine Mutter erlegen:

Fr. J., J.-Nr. 93/1899, 30jährige V. para (I. Geburt: Forceps, Kind tot intra partum. Tiefe Schädelimpression. II. Geburt: Perforation des lebenden Kindes. III. Geburt: Künstliche Frühgeburt, Wehen sehr schwach infolge langer Geburtsdauer, Kind tot. IV. Geburt: Partus praematurus, mens V). Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 37. Woche. Becken: sp. 22,6, cr. 25,6, c. d. 10,6.

31. V., 8 h 45 a. m.: Mm. für 2 Finger durchgängig. Einlegen des Müllerschen Ballons mit 400 ccm Füllung, dabei Blasensprung und Abfließen des größten Teils des Fruchtwassers. Nach vollständigem Auffüllen kein Abfluß mehr.

9 h 45 a. m.: Wehenbeginn.

4 h p. m.: Geburt des Metreurynters. Mm. faßt vollständig, Saum noch einfingerdick.

5 h 30 p. m.: Meconiumabgang, Herztöne unverändert gut.

5 h 45 p. m.: Wendung auf linken Fuß leicht, rasche Extraktion, Armlösung ohne Schwierigkeit, Kopflösung mit Mauriceau-Levret ohne Mühe — ohne Gummihandschuhe — kein Dammriß. Kind munter, wird bald zum Schreien gebracht durch mechanische und thermische Reize.

7 h 10 p. m.: Credé leicht, Kind gedeiht gut.

Wochenbett: Am Tage nach dem Partus klagt die Wöchnerin über Schmerzen im Leib, es ist Druckempfindlichkeit der rechten Tubenecke vorhanden. Am 3. Tag post partum Temperatur 39,2°, dann um 40°.

Am 6. Tag post partum Schüttelfrost von 15 Minuten Dauer, Puls 140, Temperatur 40,6. Leib meteoristisch auf-

getrieben. Halluzinationen, Schmerzen in verschiedenen Gelenken, erheblicher Sopor.

Verlegung ad Chirurgos, wo am 11. VI., dem 12. Tag post partum, der Tod eintrat.

Sektionsbefund: Eitrige, jauchige Endometritis, Erweichung der Thromben der Uterin- und parametranen Gefäße.

Durch den bei Einlegen des Metreurynters erfolgten Blasensprung ist der Infektion Vorschub geleistet. Der Tod der Mutter ist aber vielleicht mehr in einem Zusammentreffen unglücklicher Zufälle zu suchen. Daß der überaus traurige Fall — vier Kinder starben der Mutter intra partum, beim 5. Kind, das gesund ist, mußte sie ihr Leben opfern — viel Kopfzerbrechen gemacht hat, kann man aus der Krankengeschichte ersehen, in der folgende Angaben verzeichnet sind:

Vor Einleitung der künstlichen Frühgeburt war von 4 Praktikanten mit Gummihandschuhen untersucht worden. Die Wendung wurde ohne Gummihandschuhe ausgeführt, und die geburtshilfliche Schwester, die an den Visiten bei einer an Pyämie erkrankten Patientin bis zu deren Verlegung ad Chirurgos am 29. V. teilgenommen hatte, war bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt beim Instrumentieren zugegen. Daß der Gedanke an Fehler in der Asepsis schon damals beherrschend war, geht aus all diesen Angaben hervor.

Im Anschluß an diesen Fall möchte ich Stellung nehmen zu der Frage, ob die künstliche Frühgeburt eine der Klinik vorbehaltene Operation sein soll, oder ob ihre Ausführung im Privathaus ohne Gefahr für Mutter und Kind geschehen kann. Die Meinungen der Autoren gehen darin weit auseinander. Im allgemeinen glaube ich, sollte die Einleitung der künstlichen Frühgeburt der Klinik vorbehalten bleiben, denn die einzige Gefahr, die der Mutter droht, die der Infektion, läßt sich dort am sichersten vermeiden und dem

Kinde wird in der Klinik eine bessere, verständnisvollere Pflege in den ersten Lebenstagen ermöglicht. Aber trotzdem glaube ich, daß man im wohlhabenden Privathaus ohne größere Gefahr für Mutter und Kind die Operation wagen kann.

Weiter von Interesse ist die Frage nach der Art, wie die Geburten beendet wurden und welche Resultate dabei zu verzeichnen sind.

Die meisten Spontangeburten in Schädellage weist die Bougiemethode auf.

Bougiemethode.

	Zahl der Fälle	Kinder		Mütter	
		leben	tot	leben	tot
Spontan in Schädellage	3	3		3	
Extraktion am heruntergeschl. Fuß	2	1	1	2	

Metreurysen.

	Zahl der Fälle	Kinder		Mütter	
		leben	tot	leben	tot
Spontan in Schädellage	1	1		1	
Extraktion am heruntergeschl. Fuß	4	4		4	
Extraktion am heruntergeschl. Fuß u. Walcher	6	4	2	6	
Extraktion nach voraufgegang. Wendg.	10	10		9	1
Extraktion nach voraufgegang. Wendg. u. Walcher	12	10	2	12	
Extraktion mit Forceps bei Schädellage	1	1		1	
Perforation des vorangeh. Kopfes	1		1	1	
Perforation des nachfolg. Kopfes	1		1	1	

Unter der Extraktion starben 3 Kinder (J.-Nr. 37/1899, J.-Nr. 82/1899, J.-Nr. 348/1900).

Gerade diese Tatsache, daß die Metreuryse die sonst in der Geburtshilfe obenanstehende Regel, die Geburt in Schädellage möglichst spontan erfolgen zu lassen, umstoße, macht man ihr zum Vorwurf. Durch das Einlegen des Metreurynters wird allerdings der vorliegende Teil oft auf die eine oder andere Darmbeinschaufel verdrängt, und wenn wir sehen, daß unter den 24 Fällen mit Schädellage, in denen Metreuryse angewandt wurde, nur bei zweien der Kopf sich nach Entfernen des Metreurynters wieder auf das Becken einstellte, so müssen wir diesen Vorwurf hinnehmen. Die Frage ist nur, ob wirklich das Uebel so groß ist und da sehen wir, daß die Todesfälle bei Extraktion am Beckenende nicht bei früheren Schädellagen erfolgten.

In 1 Fall (J.-Nr. 37/1899) war vor Einlegen des Metreurynters Steißlage, im 2. Fall (J.-Nr. 82/1899) I. ant. Querlage gefunden worden, also die Extraktion in einem gewissen Zeitpunkt der Geburt unvermeidlich. Einmal wurde im Fall J.-Nr. 348/1900 aus Schädellage nach vorhergegangener Wendung die Extraktion des intra partum abgestorbenen Kindes ausgeführt.

Im Fall J.-Nr. 54/1908 wurde ebenfalls die Extraktion bei Fußlage gemacht. Die Zahl der in unseren Fällen durch das Schädeltrauma intra partum oder bald post partum gestorbenen 3 Kinder = 7,5 % bleibt weit zurück hinter der bei Quer- und Beckenendlagen am normalen Ende der Gravidität ausgeführten Extraktion, und so müssen wir trotz einiger Todesfälle unter den Kindern die Metreuryse mit nachfolgender Extraktion ev. nach vorhergegangener Wendung als die günstigste Operation zur Beendigung der künstlichen Frühgeburt bezeichnen.

Ein häufig gehörter Vorwurf, der der künstlichen Frühgeburt gemacht wird, geht dahin, daß die Kinder, lebens-

schwach geboren, das erste Lebensjahr nicht überschreiten, und daß ihre späteren Lebenschancen viel schlechter seien, als die der ausgetragenen und am Ende der Gravidität durch chirurgische Operationen entwickelten Kinder. Wir haben aus unserer Klinik lebend entlassen 86,7 % der durch künstliche Frühgeburt entwickelten Kinder.

Daß natürlich die soziale Stellung der Mutter eine große Rolle beim Gedeihen des Kindes spielt, ist klar; ob die Kinder ehelich oder unehelich geboren sind, ist weiterhin von größter Wichtigkeit.

In Schleswig Holstein, woher der größte Teil unserer Patientinnen stammt, starben nach der Statistik in „Das Gesundheitswesen des Preuß. Staates im Jahre 1909" in den Jahren 1906—1909 im ersten Lebensjahr

unter den ehelich geborenen Kindern im Durchschnitt 14,2 %,

unter den unehelich geborenen Kindern im Durchschnitt 26,2 %,

Zahlen, die in einzelnen anderen Gegenden Deutschlands doppelt so hoch sind. Also auch im Vergleich mit dieser Statistik kann man die Resultate der künstlichen Frühgeburt mit einer Gesamtmortalität von 6,6 % im ersten Lebensjahr auffallend gut nennen. Und so behauptet auch Fritsch auf Grund der Resultate einer 30jährigen Erfahrung, daß die künstliche Frühgeburt sowohl für die Mutter, wie auch für das Kind eine segensreiche Operation sei.

Ich glaube, daß unsere Bemühungen, unter der Geburt das kindliche Leben zu erhalten, erst dann guten Erfolg versprechen, wenn sie nicht durch längeres, die Kräfte der Mutter redigierendes Bettlager kompliziert werden. Das Kind wird in der Praxis die besten Lebenschancen haben, dessen Mutter am schnellsten wieder im Stande ist, ihr Kind zu pflegen und für es zu sorgen. Und daß die Mütter ihre frühgeborenen Kinder mit großer Liebe und Sorge gepflegt haben,

geht aus den günstigen Dauerresultaten hervor, und mit tiefer Freude und Dankbarkeit haben die Mütter die an sie gerichteten Fragebogen beantwortet.

Meine Fragen an die betreffenden Mütter waren folgende:

1. Lebt das durch künstliche Frühgeburt entwickelte Kind noch?
2. Womit ist es ernährt worden?
3. Welche Krankheiten hat es durchgemacht?
4. Mit wieviel Jahren hat es laufen gelernt?
5. Wann hat es sprechen gelernt? und wie hat es sich geistig entwickelt?

Unter unseren 33 lebend entlassenen Kindern sind 30 ehelich, 3 unehelich geboren.

Daß von den 32 Kindern, über die ich Nachricht bekam, 4 Kinder gestorben sind, habe ich schon erwähnt; es sind am Leben geblieben 78,9 % der Kinder, die die Klinik lebend verlassen haben.

1 Kind J.-Nr. 123/1904, das bei der Geburt 2530 g wog, eine Länge von 48 cm und einen fr.-occ. Kopfumfang von 32,5 cm hatte, soll sich zuerst gut entwickelt haben. Die Mutter schreibt, daß es „dicke Arme und Beine" hatte, aber während des Zahnens soll es krank geworden sein und starb mit 10 Monaten an „Zahnkrämpfen und Schlag".

Ein 2. Kind, J.-Nr. 154/1901, wog bei der Geburt 2750 g Es starb mit 11 Wochen an „Nierenleiden". Das Kind war mit Muttermilch ernährt worden, genauere Angaben fehlen leider.

Bei einer 3. Frau, bei der dreimal die künstliche Frühgeburt eingeleitet wurde, gediehen 2 Kinder sehr gut. Das 1 älteste Kind, geboren 1903, das bei der Geburt 2750 g wog und 48 cm lang war, gedieh zuerst gut, bekam aber mit $2^1/_2$ Jahren eine schwere Pneumonie, der es erlag.

Diese 3 Kinder sind unter den 30 ehelich ge-

borenen Kindern = 10 %, im Laufe der verflossenen 12 Jahre hinweggerafft.

Ueber 1 der drei unehelich geborenen Kinder habe ich bis jetzt noch keine Nachricht erhalten können. Das Schicksal der 2 andern Kinder ist mir durch frühere Nachrichten bekannt.

Das 1 Kind, J.-Nr. 119/1900, das bei der Geburt 2950 g wog und 48 cm maß, war zur Zeit der Nachricht $^1/_2$ Jahr post partum kräftig entwickelt und bekam Muttermilch. Es war noch nie krank gewesen.

Die Auskunft der 2. ledigen Mutter, J.-Nr. 84/1904, die ich einer späteren Krankengeschichte entnehme, zeigt, daß das Kind mit $^1/_2$ Jahr gestorben ist.

Bei diesen Resultaten drängt sich einem unwillkürlich die Frage auf, ob man überhaupt bei einer unverehelichten Mutter die künstliche Frühgeburt einleiten soll.

Es ist aber die Frage, was erreichen Hebosteotomie und Sectio caesarea in diesen Fällen?

Bei einer der 3 ledigen Mütter, J.-Nr. 84/1904, deren früh geborenes Kind mit $^1/_2$ Jahr starb, wurde 2 Jahre später ein Kind am Ende der Gravidität durch Hebosteotomie entwickelt. Die Mutter hatte ein schwer fieberhaftes Wochenbett, das Kind starb 3 Monate post partum. Der 1 Fall sagt allerdings nichts. Wenn man aber die Ergebnisse der Nachforschungen über die Lebensschicksale, der durch Hebosteotomie und Sectio caesarea gewonnenen Kinder, die aus andern Kliniken vorliegen, durchsieht, so ist man erstaunt über die hohe Zahl der innerhalb der ersten Lebensjahre nach der Entlassung gestorbenen ausgetragenen Kinder.

Kannegießer hat 38,89 % der durch Hebosteotomie erzielten Kinder nach 8—25 Monaten verloren.

Die Nachforschungen der Breslauer Klinik ergaben eine Mortalität von 18,7 % der lebend entlassenen Kinder im 1. Jahr.

Von denen durch Sectio suprapubica entwickelten Kinder waren nach $^1/_2$ Jahr 25 % gestorben.

Daß diese hohe Zahlen wohl mit bedingt sind durch ein größeres Material lediger Mütter, daran muß man denken. Das stellt aber auch zugleich die Berechtigung des doch bedeutend größeren Eingriffs, den eine Hebosteotomie oder gar Sectio caesarea für die Mutter bedeutet, bei den unverehelichten Frauen sehr in Frage.

Die Frage nach der Ernährung der Kinder wurde fast von allen Müttern beantwortet.

Von den 32 ermittelten Kindern wurden 22 mit Muttermilch ernährt. Davon starben 2 Kinder, 1, 11 Wochen alt an „Nierenleiden", 1, mit $2^1/_2$ Jahren an „Pneumonie".

Gemischte Nahrung, d. h. zur Mutterbrust noch Kuhmilch, bekam 1 Kind, das noch lebt.

7 Kinder wurden künstlich ernährt, davon starb 1, 10 Monate alt an „Zahnkrämpfen".

Bei 2 Kindern war die Nahrung der ersten Lebensmonate nicht angegeben; 1 Kind davon starb.

Die körperliche Entwicklung der Kinder kann man beurteilen nach dem Beginn des Laufens. Innerhalb der ersten 15 Monate haben 15 Kinder laufen gelernt. 9 Kinder lernten erst später und zwar 3 mit 18, 2 mit 19, 2 derselben Mutter mit 24 und 1 Kind erst mit 36 Monaten laufen. Dies Kind, J.-Nr. 167/1900, das jetzt 11 Jahre alt ist, lernte auch erst mit 3 Jahren sprechen, ist geistig etwas zurück und lernt schwer.

Die Kinder haben fast alle Krankheiten des Kindesalters durchgemacht. 6 der frühgeborenen Kinder sollen nie krank gewesen sein. Die Haupttodesursache der Kinder im ersten Lebensjahr „Brechdurchfall" und „Magendarmkatarrh" fällt bei unseren frühgeborenen Kindern wohl deswegen fort, weil fast alle Kinder mit Muttermilch ernährt sind. Als Todesursache können wir Verdauungs-

störungen bei dem einen unehelichen Kind, J.-Nr. 84/1904, bei dem nicht angegeben ist, wie es ernährt wurde, annehmen. Als Krankheit, die aber überstanden wurde, haben wir Darmkatarrh in 3 Fällen.

Masern und Röteln haben 6 Kinder gut überstanden.

Auffallend häufig ist als Krankheit Pneumonie angeführt und zwar 5 mal, der 1 Kind mit $2^1/_2$ Jahren erlegen ist. Lungenkatarrh hatten 2 Kinder. An Scharlach erkrankten 2 und an Diphtherie 2 Kinder. An sonstigen Krankheiten sind noch 1 mal Mandelentzündung, 2 mal Keuchhusten, Mittelohrentzündung in 1 Fall, in 2 Fällen Exstirpation von Nasenpolypen und in 1 Fall Drüsenexstirpation angeführt. 1 Kind hat „leichte Kinderkrankheiten" gehabt.

Alles in allem, muß man sagen, daß die Kinder nicht mehr von Krankheiten befallen wurden als andere ausgetragene Kinder. Und das Erfreuliche ist, daß, von wirklich zum Teil sehr schweren Kinderkrankheiten befallen, die Kinder die Krankheiten doch ebensogut überstehen, wie andere, und daß ihnen ihre etwas geringere Entwicklung bei der Geburt nicht zum Verderben wird.

Die körperliche Entwicklung ist dementsprechend auch durchaus gut. Geistig sind die Kinder im Durchschnitt durchaus normal. 1 Kind hat erst mit 3 Jahren sprechen gelernt und ist im ganzen zurück. Ein 2. Kind, das geistig etwas zurück ist, ist das Kind der uns an Pyaemie zu Grunde gegangenen Mutter. Das Kind wurde die ersten Jahre bei seiner Großmutter aufgezogen, jetzt ist es bei dem Vater. Es hat schwache Augen und ist geistig etwas zurück. Das darf uns aber nicht wundern, denn wenn einem solchen Kind die Mutter fehlt, so fehlt ihm alles. Und gerade angesichts dieser Tatsache und auf Grund der guten Erfolge, die wir mit der künstlichen Frühgeburt erzielt haben, ist ihre strikte

Ablehnung und ihr Ersatz durch Methoden, die das mütterliche Leben mehr gefährden, nicht berechtigt.

Zuerst die Mutter, dann das Kind, das muß immer die höchste Devise für den Geburtshelfer sein und drum glaube ich, ist es wohl berechtigt, mit F e h l i n g zu fordern „nicht künstliche Frühgeburt o d e r chirurgisch-operative Entbindungen, sondern künstliche Frühgeburt u n d chirurgische Operationen".

Journ.-Nr. Name para Tag d. Geburt	Becken	Frühere Entbindungen	Zeit der Einleitung W.	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgebur	
				Vorbereitende Operation	Erweiternde Operation
1) 37. 1899 Fr. A. IIp. 19. IV. 99	sp. 28,0; cr. 28,5; diag. 9,0; vera 7,25 platt. Becken	Ip. Wendung, Extraktion, Kind tot geboren, Schädelimpression	37		Ballon 180 c
2) 82. 1899 Fr. B. IIp. 20. V. 99	sp. 27,0; cr. 28,3; ext. 17,8; diag. 10,0 platt. Becken	Ip. Decapitation, Eventeration	36	Ballon 250 ccm durchgezogen	Müller 450 c
3) 348. 1899 Fr. B. IIp. 20. I. 99	sp. 23,6; cr. 26,8; ext. 16,8; diag. 10,2 allg. verengt. Becken	Ip. Symphyseotomie, Kind tot nach 3 Monat	37		Fehling 280 c
4) 172. 1900 Fr. H. IIIp. 11. IX. 11	sp. 24,2; cr. 25,8; ext. 17,0; diag. 9,6; vera 7,8 allg. verengt. platt. Becken	Ip. Forceps, Kind lebt IIp. prophyl. Wendung, Perforat. des nachf. K.	36	Ball. 150 ccm, „ 200 „ „ 350 „ durchgezog.	Ballon 350 c Fruchtwasse abgang
5) 311. 1900 Fr. K. VIIIp. 31. XI. 00	sp. 26,0; cr. 27,6; ext. 17,5; diag. 10,3 platt. Becken	Ip. spontan, Kind tot nach 8 Mon., II, III, IVp. Wendg. 2 Kinder tot, 1 lebt, V künstl. Frühgeb., Forceps, Kind lebt, VI künstl. Frühgeb., Wendg., Kind tot VII künstl. Frühgeb., Wendg., Kind tot	36	Ball. 350 ccm, teilweise entl. durchgezog.	Champétier Ribes, 460 cc mit $1^1/_2$ kg belastet
6) 54. 1908 Fr. S. IIIp. 8. IV. 08 cf. 46. 1906	sp. 24,2; cr. 27,3; ext. 17,5; diag. 10,2 vera 8,3 allg. verengt. platt. Becken	Ip. Perforation, tot IIp. künstl. Frühgeb., Kind lebt	36		2 elast. Boug nach 24 St heißes Bad und Spülung 1 g Chinin
7) 651. 1909 Fr. J. VIp. 16. XI. 09 cf. 338. 1904 cf. 493. 1906	sp. 27,0; cr. 28,5; ext. 18,0; diag. 10,8; vera 8,8 platt. Becken	cf. J.-N. 493. 1906	36		Ballon 650

Entlassung gestorbene Kinder.

Wehenbeginn gerechn. von der Einl. der Frühgeburt nach Std.	Geburtsdauer der Frühgeburt Std.	Entbindende Operation	Geschlecht, Lage, Gewicht, Größe, Schädelmasse des Kindes	Wochenbett	Wann und woran gestorben?
1	32	Extraktion	I. Fußlage, männl. 49 cm, 2870 g, 8,6 : 7,9 : 11,8 : 34,2	normal	Kind i. p. tot
4	27	Wendung, Extraktion	I. Querlage, weibl. 48 cm, 2440 g, 8,9 : 10,7 : 11,7 : 34,5	„	3 Stunden p. p. tot, Schädeltrauma?
1½	14	Wendg., Extraktion trotz Hängelage sehr schwer, Perforation	I. Schädellage, weibl. 50 cm, 3030 g, 7,0 : 11,2 : 11,8 : 32,0	„	Perforation des i. p. abgestorbenen Kindes
48	102	Trepanation, Kranioklasie	I. Schädellage, weibl. 46 cm, 2810 g,	„	Kranioklasie
2	6	Wendg., Extraktion	II. Schädellag., männl. 47 cm, 2450 g, 8,3 : 10,9 : 12,1 : 32,5	„	2 Tage p. p. tot, Lues aller Organe
68	76	Extraktion	I. Fußlage, männl., 47 cm, 2900 g, 7,5 : 9,1 : 10,7 : 33,5	„	Am 2. Tage p. p. tot, Schädeltrauma?
2½	4	Wendg., Extraktion	I. Schädellag., männl. 52 cm, 3320 g, 9,0 : 9,5 : 12,8 : 37,5	Dammriß, Naht, Leichte Temp., dann normal	Kind ¼ Stunde p. p. tot, Spina bifida

Resultate der künstlichen Frühgeburt für Mutter und Kind bis z

Journ.-Nr. Name para Tag d. Geburt	Becken	Frühere Entbindungen	Zeit der Einleitung W.	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Vorbereitende Operation	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Erweiternde Operation	Wehenbeginn gerechn. v. der Einl. d. Frühgebur n. Std.	G bur dau St
8) 84. 1899 Fr. S. VIp. 20. V. 99	sp. 23,5; cr. 26,8; C. d. 11,2; C. v. 9,2	Ip. Forceps, Kind lebt, IIp. Wendg., Kind tot, intra part., IIIp. weicher Hydrocephalus, Kind tot, IVp. 2mal vergebl. Forceps, Kind tot, Vp. sp. langer partus, Kind 11 Pfd. tot	36		2 Bougies eingel. Colpeurynter 350 ccm in die Scheide gelegt nach 36 Stunden	39	4
9) 93. 1899 Fr. J. Vp. 31. V. 99	sp. 22,6; cr. 25,6; C. d. 10,6	Ip. Forceps, Kind tot, Schädelimpression, IIp. Perforation tot, IIIp. künstl. Frühgeb., Kind tot, IVp. part. praem. V. mens.	37		Müller 400 ccm dabei Blasensprung, viel Fruchtwasserabfluß	1	9
10) 209. 1899 Fr. Schr. VIIIp. 7. X. 99	sp. 24,2; cr. 28,3; C. d. 10,9	I u. IIp. Steißlagen, Extrakt. Kinder tot, IIIp. Steißlage, spontan, Kind. tot, IVp. Steißlage spontan, Kind tot, Vp. Querlage, Herunterholen eines Fußes, Kind tot, VIp. Künstl. Frühgeb., 38. Woche, Kind lebt, VIIp. künstl. Frühgeb., 37. Woche, Kind lebt	38		Ballon 450 ccm	3	12
11) 263. 1899 Fr. L. IVp. 28. X. 99	sp. 24,6; cr. 26,4; C. ext. 18,4; C. d. 10,3	Ip. Gemini spont. 8 Mon. tot, 7 Mon. tot, IIp. Achsenzugzange kurz p. p. tot, IIIp. künst. Frühgeburt, Kind lebt	37	3 Tage Bäder und heiße Spülungen, Colpeurynter 250 ccm durchgezog.	Müller 460 ccm nach 1/2 Std. 1 kg Belastung	2	7
12) 264. 1899 Fr. Kl. IIp. 10. XI. 99	sp. 25,0; cr. 27,0; C. d. 10,2; C. v. 8,6	Ip. Perforation, tot	37		Ballon 240 ccm	1 1/2	1
13) 212. 1902 eadem IVp.	„	I u. IIp. cf. J. N. 264. 1899 IIIp. spont. Frühgeb.	37	Ball. 300 ccm durchgezog. Blasensprung	Müller 400 ccm		5
14) 353. 1900 Fr. L. VIIp. 8. II. 00	sp. 25,0; cr. 26,3; C. ext. 18,6; C. d. 10,6	Ip. Forceps, Kind nach 31 Wochen tot, IIp. spont. Kind n. 28 Wochen tot III—VIp. Wend. u. Extrakt. Kinder tot	37		Colpeurynter 650 ccm	5	2
15) 203. 1906 Fr. P. IIIp. 4. VII. 06	sp. 23,2; cr. 25,6; C. ext. 19,0; C. d. 9,7 C. v. 7,7	Ip. Kind tot, Perforation, IIp. künstl. Frühgeb., 24. Woche, Kind 36 cm lang, lebte 1/4 Stunde	36	Bossi 4—5 cm in 20 Min.	Müller 480 ccm Belastung mit 1 kg nach 1 Std.	4	1

engte Becken.

Entlassung aus der Klinik. **Ergebnisse der jetzigen Nachfrage.**

Entbindende Operation	Geschlecht, Lage, Gewicht, Größe, Schädelmasse des Kindes	Wochenbett	Jetziges Alter des Kindes Jahre	Womit ernährt	Krankheiten	Wann laufen gelernt	Wann sprechen gelernt, geistige Entwicklung, Körperliche Entwicklung
Extraktion	I. Steißlage, männl., 49 cm, 2850 g, 8,6 : 11,5 : 12,2 : 35,0	normal	12	Bis zum 10.M. mit Muttermilch ernährt	mit 1 Jahr Rhachitis, Mandelentz., Scharlach, Diphtherie, Bauchfellentz	mit 18 Mon.	Nach 10 M. sprechen gelernt, 8 Vorder- u. 2 Backenzähne mit $1^3/_4$ Jahr., wog dann auch 26 Pfd., geistig gut entwickelt, Kind ist blaß, ißt wenig, hustet viel
Wendung, Extraktion ohne Handschuhe	Schädellage, männl., 48 cm, 2750 g, 9,1 : 10,1 : 12,2 : 33,5	Am 12. T. post part. gest. an Pyämie	12	Von 17 W. an unverdünnte Milch	mit 3 Jahren Nasenpolyp. entfernt	mit 19 Mon.	Mit 19 M. 12 Zähne, mit 2 J. sprech. gel., Aug. etw. schwach, geistig etw. zurück
Beckenausgangszange	I.Schädellage,männl. 53 cm, 3790 g, 8,5 : 11,5 : 12,7 : 34,9	normal	12	Bis zum 12.M. Muttermilch	Nicht krank gewesen	mit 15 Mon.	Mit 2 Jahren sprech. gelernt. geistig gut entwickelt
Wendung u. Extraktion	Schädellage, männl., 51 cm, 3450 g, 10,3 : 11,3 : 13,9 : 36,0	„	12	Muttermilch		mit 1 Jahr	Mit 14M. sprech. gel. sehr gut geistig entw. Körperlich zart
Spontan	I. Schädellage, weibl. 46 cm, 2510 g, 9,0 : 10,2 : 11,4 : 32,5	„	12	Kuhmilch	mit 7 J. Scharl. u. Masern, mit 8 J. Windpocken	mit 2 Jahr.	Mit 2 J. sprech. gel., geistig gut entwick. klagt über Rückenschmerz. im Winter
Wendung, Extraktion, Veit-Smellie	Schädellage, männl., 50 cm, 2870 g, 9,1 : 11,5 : 12,3 : 33,4	„	9	„	mit 4 J. Scharl. u. Masern mit 3 Jahren Brechdurchf.		Eine Schulter etwas höher, rechtes Bein etwas kürzer, Kind lahmt etwas
Extraktion an beiden Füßen. Wegen atonischer Blutung (700—800 ccm) Expression der Placenta	II. vollk. Fußlage, weibl, 46,5 cm, 2620 g, 8,6 : 10,6 : 11,7 : 32,3	Nachblut. 600g sonst normal	11	$^1/_2$ Jahr Mondamin und Milch	Mit 3 Jahren Masern	mit 18 Mon.	Mit 2 J. Sprache sehr gut, normale geistige Entwicklung
Extraktion	II. Steißlage, weibl., 48 cm, 2550 g, 8,6 : 10,6 : 10,4 : 33,8	normal	5	8 Monate Muttermilch		nicht angegeb.	Gut entwickelt

Jour.-Nr. Name para Tag d. Geburt	Becken	Frühere Entbindungen	Zeit der Einleitung W.	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Vorbereitende Operation	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Erweiternde Operation	Wehenbeginn gerechn. von der Einl. d. Frühgeburt n. Std.	Geburtsdauer Std.
16) 453. 1907 eadem IVp. 29. X. 07	sp. 23,2; cr. 25,6; C. ext. 19,0; C. d. 9,7 C. v. 7,7	Ip. Kind tot, Perforation IIp. künstl. Frühgeb., 24. Woche, Kind 36 cm lang, lebte 1/4 Std. IIIp. künstl. Frühgeb., 36. Woche, Kind tot	36	Hegarsche Dilatatoren	Braunscher Metreurynter 550 ccm, nach 4 Std., 650 ccm 1 kg Belastung	1 1/2	6
17) 686. 1909 eadem Vp. 27. XI. 09	„	dto. IVp. Künstl. Frühgeb., 36. Woche, Kind tot	37		Ballon 800 ccm	2 1/2	9
18) 250. 1907 Fr. M. IIIp. 13. VII. 07	sp. 23,8; cr. 26,7; C. d. 11,0; C. v. 9,0	Ip. Forceps, Kind tot, Mutter 6 Woch. Puerperal-Fieber, IIp. Forceps, Kind tot,	36	Braunscher Metreurynt. 400 ccm, dann etwas entleert durchgezog.	Müller 450 ccm mit 3 Pfd. belastet	2	6
19) 360. 1907 Fr. K. Vp. 2. IX. 07	sp. 23,5; cr. 26,8; C. d. 10,7; C. v. 8,2	Ip. Forceps im Hause, Kind tot, IIp. Kind 11 Pfd., Perforation tot, IIIp. Wendg., Kind tot, IVp. Wendg., Extraktion, Kopfumfang des Kindes 37 cm, Kind tot im 2. Monat	36	Hegar — 22 Bossi-Marke 4, Colpeurynt. 350 ccm durchgezog.	Müller 400 ccm Belastung erst 2 Pfd., dann 3 Pfd.	6	11
20) 637. 1908 Fr. W. Ip. 20. I. 08	sp. 22,5; cr. 24,0; C. d. 10,0	Keine	38		3 Bougies eingel.	3	50 1/

Platte

21) 101. 1899 Fr. P. IVp. 4. VI. 99	sp. 26,0; cr. 27,4; C. ext. 19,7; C. d. 12,7	Ip. Forceps, Kind tot, i. p., IIp. Kind frühgeb., VII mens., Kind tot, i. p., IIIp. Fehlgeb. V mens., Kind tot, IVp. Frühgeb., VIII mens., Kind tot	37	Ball. 200 ccm durchgezog.	Müller 460 ccm nach 1 1/2 Std. mit 1 kg belastet	1 1/2	20 1/
22) 147. 1899 Fr. Sch. IIIp. 99	sp. 28,5; cr. 28,5; C. ext. 17,5; C. d. 9,2 C. v. 8,0	Ip. Perforation, Kind tot, IIp. Wendg., Extraktion, Kind tot, i. p.	37		Müller 460 ccm nach 5 Std. mit 1 kg belastet	1 1/2	7 1/2
23) 154. 1901 eadem IVp. 20. VII. 01	„	cf. J.-N. 147. 1899	36	Ball 300 ccm durchgezog	Müller 430 ccm nach 1 1/2 Std. belastet	1 1/2	10
24) 222. 1900 Fr. D. IIIp. 24. X. 00	sp. 27,5; cr. 29,5; C. ext. 17,0; C. d. 10,0	Ip. Perforation. Kind tot, IIp. Perforation des nachf. Kopfes. Kind tot	37	Ball. 300 ccm durchgezog.	Müller 400 ccm nach 6 Std. 100 ccm abgelassen	6	8

Entbindende Operation	Geschlecht, Lage, Gewicht, Größe, Schädelmasse des Kindes	Wochenbett	Jetziges Alter des Kindes Jahre	Womit ernährt	Krankheiten	Wann laufen gelernt	Wann sprechen gelernt, geistige Entwicklung, Körperliche Entwicklung
Wendung, Extraktion, Veit-Smellie	II Schädellage, weibl. 48,5 cm, 2880 g, 8,4 : 11,0 : 12,2 : 33,0	normal	4	6 Monate Muttermilch	Nicht angegeben	Nicht angegeb.	Gut entwickelt
Extraktion	II. Steißlage, männl., 49 cm, 2800 g, 8,0 : 8,9 : 11,3 : 33,0	vorübergeh. leicht. Temp.-Steiger.	2	7 Monate Muttermilch	„	„	„
Wendung, Extraktion	II. Schädellage, weibl. 47 cm, 2870 g, 8,9 : 10,6 : 11,7 : 33,4	normal	4	5 M. Muttermilch, dann Gries in Ziegenmilch	Mit 1¾ Jahren Masern	mit 15 Mon.	Mit 1½ Jahr. sprech. gelernt, geistig gut entwickelt
Wendung u. Extraktion in Walcherscher Hängelage	II. Schädellag., männl. 48 cm, 2850 g, 8,4 : 11,4 : 12,6 : 34,0	„	4	zuerst Kufeke, nicht gut vertr., dann Kindermilch, zuerst ½ : ½, dann r. Milch	Mit 12 Woch. leichter Krampfanfall mit Erbr. Im 9. M. leichter Darmkatarrh	mit 14 Mon.	Mit 1 Jahr sprech. gel. geistig normal entw. soll einem 1 M. ält. Spielkamerad. voraus sein, wiegt jetzt 36 Pfd.
Spontan	II. Schädellage, weibl. 49 cm, 2610 g, 8,6 : 11,4 : 13,0 : 32,0	„	3	6 M. Mutterm., dann Kuhm. m. Kindergries, v. 10. M. l weich. Ei i. d. Milch Zwieb. Gemüs., Obst	Leicht. Erkält. Mandelentz., voriges Jahr Nasenpolyp. entfernt	„	Im 2. Jahr sprechen gelernt, normal entwickelt

Becken.

Wendung, Extraktion, Veit-Smellie	I. Querlage, männl., 49 cm, 3150 g, 9,2 : 10,5 : 12,2 : 33,3	normal	12	Bis 5. Monat Muttermilch, dann Nestle u. Kindergries in Milch	leicht. Kinderkrankheiten	mit 13 Mon.	Mit 2 J. gut sprech. gel., geistig gut entw., besuchte I. Knaben-Mittelschule, III. Kl. 4. Platz
Extraktion	Steißlage, männl., 51 cm, 3000 g, 9,1 : 11,1 : 12,3 : 33,5	„	12	9 M. Muttermilch, dann Milchsuppe	Masern beim Zahnen	mit 12 Mon.	Mit ¾ J. sprech. gel., groß, kräftig, geistig normal entwickelt
Wendung, Extraktion	II. Schädellag., männl. 47 cm, 2750 g, 8.6 : 12,2 : 11,8 : 33,5	„		mit Muttermilch	Nierenleiden		Kind mit 11 Wochen an Nierenleiden gest.
Wendung, Extraktion, Veit-Smellie	I. Querlage, weibl., 48 cm, 2900 g, 8,9 : 11,2 : 12,5 : 33,0	„	11	3 M. Muttermilch, dann Kuhmilch, Zwieback, Haferschleim	In den 3 ersten Jahr. Masern, Keuchhusten, Lungenentz.	mit 15 Mon.	Geistig sehr gut entw., nach Ang. des Lehrers aufgeweckt. Kind, 1—2 in der Kl.

Journ.-Nr. Name para Tag d. Geburt	Becken	Frühere Entbindungen	Zeit der Einleitung W.	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Vorbereitende Operation	Erweiternde Operation	Wehenbeginn gerechn. v. der Einl. d. Frühgeburt n. Std.	Geburtsdau Std.
25) 402. 1901 Fr. L. IXp. 20. III. 01	sp. 27,3; cr. 29,3; C. ext 18,7; C. d. 10,0	Ip. spontan, Kind lebt, II u. IIIp. Wendg., Kind tot geb., IVp. Forceps Kind tot geb., Vp. künstl. Frühgeb., Wendg., Extrakt. Kind tot, VIp. Abort III mens., VIIp. Wendg., Extrakt., Kind lebt, VIIIp. Frühgeb., mens. VI	38		1 Metallbougie	25	42
26) 368. 1903 Fr. Sch. IIp.	sp. 25,3; cr. 28,5; ext. 19,2 diag. 11,2; vera 8,7	Ip. Perforation, Kind tot	38	Ball. 250 ccm durchgezog.	Müller 400 ccm	2	7
27) 245. 1905 eadem IIIp.	„	cf. 368. 1903	37		Müller 450 ccm	40 Min.	3
28) 60. 1908 eadem IVp. 6. IV. 08	„	cf. 245. 1905	38		2 Bougies	3½	39
29) 84. 1904 Frl. N. IIIp. 8. VI. 04	sp. 27,5; cr. 25,5; C. d. 9,0 C. v. 7,2	Ip. Kind totgeboren IIp. Kind totgeboren	35	Ball. 350 ccm durchgezog.	Müller 450 ccm	1	6
30) 338. 1904 Fr. j. IVp. 20. X. 04	sp. 27,0; cr. 28,5; C. ext. 18,6; C. d. 10,8; C. v. 8,8—9,0	Ip. Mm. Incisionen, Kind tot nach 7 Mon., IIp. Wendg., Kind tot, IIIp. Kind frühgeb., 36. Woch., Wendg., Kind tot nach 3 Stunden	37	Ball. 450 ccm zieml. leicht durchgezog.	Müller 400 ccm nach 3 Std. 1 kg Belastung	3	9
31) 493. 1906 eadem Vp. 24. XI. 06	„	cf. 338. 1904	253. T. 36		Müller 450 ccm 1 kg Belastung	4	7
32) 281. 1905 Fr. K. IIp. 26. VIII. 05	sp. 26,5; cr. 27,7; C. ext. 20,5; C. d. 9,9 C. v. 7,7	Ip. Perforation, Kind tot	36		Müller 450 ccm nach 50 Min. 1 kg Belastung	1	5
33) 314. 1906 eadem IIIp. 31. VIII. 06	„	cf. 281. 1905	37	Ball. 350 ccm durchgezog.	Müller 400 ccm nach 7 Std. mit 1 kg belastet	2	9

Entbindende Operation	Geschlecht, Lage, Gewicht, Größe, Schädelmasse des Kindes	Wochenbett	Jetziges Alter des Kindes Jahre	Womit ernährt	Krankheiten	Wann laufen gelernt	Wann sprechen gelernt, geistige Entwicklung, Körperliche Entwicklung
Spontane Geburt	II. Schädellag., männl. 48 cm, 3350 g, 8,5 : 11,6 : 13,0 : 34,0	Colipyelitis, 26. Tag p. p. entl.	10	Kuhmilch	Nie krank gewesen	mit 18 Mon.	Mit $1^1/_2$ J sprech. gel. Geistig auffall. gut entw., lernt sehr gut
Wendung, Extraktion	I. Schädellage, weibl., 48 cm, 2730 g, 8,8 : 10,7 : 12,0 : 32,2	normal	mit $2^1/_2$ Jahren gest.	Muttermilch	Pneumonie	mit 14 Mon.	mit $1^1/_2$ Jahren sprechen gelernt
Wendung, Extraktion	I. Schädellage, weibl., 50 cm, 3460 g, 9,7 : 11,2 : 12,6 : 36,0	Am 2. Tag p. p. leicht. Schüttelfr. o. Temp. sonst normal	6	„	Mit 10 Mon. Mas. Pneumonie, 8 W. krank, gut erholt	mit 19 Mon.	Mit $1^3/_4$ Jahren sprechen gelernt, geistig gut entw.
Spontan	I. Schädellag., männl. 51 cm, 3630 g, 8,2 : 9,5 : 11,6 : 36,0	normal	3	„	Oefter Erkält. Durchfall	mit 14 Mon.	Mit $1^1/_2$ Jahren sprechen gelernt, geistig gut entw.
Spont. bis z. d. Schultern, Kopf Walcherscher Fängel. durch Veit-Smellie	vollk. Fußlage männl. 47,5 cm, 2950 g, 9,3 : 11,1 : 12,2 : 34,2	„					Kind mit $^1/_2$ Jahr gestorben
Wendung auf den Fuß	II. Schädellag., männl. 50 cm. 3230 g, 8,7 : 11,7 : 12,5 : 33,0	„	7	Bis 4. Monat Muttermilch, dann Fl. dazu bis 6. Monat. Darauf Kuhmilch mit Reis Hafermehl, Rahm	mit 5 Mon. Lungenkatarrh, mit 6 Mon. Darmkatarrh	mit 15 Mon	Mit 1 J. sprech. gel., lernt sehr gut und leicht. Ist unter 40 Schülern der 2. Hat morgens u. mittags 1 Stunde Schulweg
Extraktion	II. Steißlage, weibl., 51 cm, 3540 g, 9,7 : 11,5 : 12,0 : 34,5	„	5	10 M. Muttermilch, dann Kuhmilch, bis 12 Mon.	Nie krank	mit 12 Mon.	Mit 1 J. sprech. gel, Zählt mit 5 J. bis 100, kann schon rechnen und kennt viele Gedichtchen
Wendung, Extraktion	I. Schädellage, männl. 48 cm, 2670 g, 8,6 : 10,9 : 11,8 : 33,0	„	6	Bis 3 M. Fl., dann Zwieb. und Kindergr.	Mittelohrentzündung, Diphtherie	mit 18 Mon.	Mit $1^1/_2$ J. sprech. gel., normale geistige Entwicklung
Wendung, Extraktion	II. Schädellage, weibl. 48 cm, 2770 g, 8,5 : 10,9 : 12,4 : 33,0	„	5	Bis 3 M. Fl., dann Zwieb. und Kindergr.	Keine	„	Entwicklung für das Alter besonders gut

Journ.-Nr. Name para Tag d. Geburt	Becken	Frühere Entbindungen	Zeit der Einleitung W.	Methoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt: Vorbereitende Operation	Erweiternde Operation	Wehenbeginn gerechn. von der Einl. der Frühgeburt n. Std.	Ge bur dau Std.
34) 119. 1900 Frl. S. IIp. 24. VII. 00	sp. 24,2; cr. 26,9; ext. 17,9; diag. 10,0	Ip. Perforation, Kind tot	3 7	Ball. 300 ccm „ 400 „ durchgezog.	Müller 480 ccm	5	7¹/
35) 107. 1900 Fr. T. IIIp. 28. VIII. 00	sp. 23,2; cr. 25,4; diag. 10,0	Ip. Forceps, Kind tot IIp. Wendung, Extraktion, Kind tot	36	Ball. 120 ccm durchgezog.	Müller 460 ccm	³/₄	10
36) 399. 1903 Fr. S. IXp. 26. XI. 03	sp. 24,9; cr. 26,7; ext. 20,0; diag. 10,8; vera 9,6;	Ip.—IIIp. Abort III—V mens., IVp. Embrytomie des 15 Pfd. schweren Kindes, V. u. VIp. künstl. Frühgeb., 34 W., Kind lebt, VIIp. 1 Std. p. p. tot, Schädelimpression, IIIp. Kind tot, 3 Woch. p. p. Pneumonie	38	Ball. 150 ccm „ 200 „ „ 300 „ durchgezog.	Ballon 500 ccm	5	15
37) 123. 1904 Fr. L. IVp. 31. V. 04	sp. 25,0; cr. 26,0; ext. 17,0; diag. 9,7	Ip. Forceps, K. lebt, IIp. Forc. VIII. m. tot, IIIp. Wendung, Querlage, Extraktion, Kind tot, i. p.	36	Ball. 250 ccm dann 400 „ durchgezog.	Müller 500 ccm nach 8 Stunden 1 kg belastet	2	10
38) 287. 1904 Frl. Sch. IIp. 15. IX. 04	sp. 24,2; cr. 25,6; ext. 16,5; diag. 10,2; vera 7,8	Ip. Kind totgeboren	37	Ball. 200 ccm dann 300 „ durchgezog.	Müller 450 ccm dabei Blasenspr.	¹/₂	5
39) 46. 1906 Fr. S. IIp. 8. IV. 06	sp. 24,2; cr. 27,3; ext. 17,5; diag. 10,2; vera 8,3;	Ip. Perforation, Kind tot	36	Ball. 50 ccm „ 200 „ „ 450 „ durchgezog.	Champétier de Ribes 450 ccm	5	9
40) 449. 1906 Fr. Gl. Vp. 29. XI. 06	sp. 25,0 cr.; 26,0; ext. 18,2; diag. 9,8; vera 7,7	Ip. Forceps, Kind tot IIp. spontan, Kl. Kind, lebt, IIIp. u. IVp. Forceps, Kinder tot	36	Hegar — 20 Braunscher Colp. 300 etw. entleert, durchgezog.	Müller 450 ccm 1 kg belastet	3	11

platte Becken.

Entbindende Operation	Geschlecht, Lage, Gewicht, Größe, Schädelmasse des Kindes	Wochenbett	Jetziges Alter des Kindes Jahre	Womit ernährt	Krankheiten	Wann laufen gelernt	Wann sprechen gelernt, geistige Entwicklung, Körperliche Entwicklung
Extraktion	Fußlage, weibl. 48 cm, 2950 g, 8,5 : 10,6 : 11,6 : 32,0	normal	K. lebt noch mit $1/2$ Jahr	Muttermilch			
Wendung, Extraktion	II. Schädellag., männl. 47 cm, 2620 g, 9,2 : 11,2 : 11,8 : 32,3	„	11	3 Monat Muttermilch d. Kuhmilch	Mit $1\,1/2$ Jahr Drüsenentf mit 5 Jahr Keuchhusten	mit 3 Jahr.	In 3 J. sprech. gel, ist etwas zurück und lernt schwer
Wendung, Extraktion, Walcher'sche Hängelage	II. Querlage, weibl. 49 cm, 3030 g, 9,0 : 11,0 : 12,0 : 33,6	„	8	Muttermilch	Keine		Kräftig entwickelt
Wendung, Extraktion, Walcher'sche Hängelage	II. Querlage, weibl. 48 cm, 2530 g, 8,7 : 10,8 : 10,8 : 32,5	„	mit 10 M. gest.	Kuhmilch, Gries, Zwieb. mit Butter	Zahnkrämpfe		Kind soll körperlich gut entwickelt gewesen sein
Wendung, Extraktion	I. Schädellage, weibl. 47 cm, 2750 g, 8,3 : 11,2 : 11,9 : 34,0	„					
Wendung, Extraktion	I. Schädellage, männl. 48 cm, 2700 g, 9,0 : 11,5 : 11,5 : 32,5	„	5	15 M. Muttermilch, dann Zwieb., m. $1\,1/2$ J. alles gegess.	Mit 3 Jahren Masern	mit 1 Jahr	Mit 2 J. sprechen gelernt, normal entwickelt, 38 Pfd.
Extraktion	I. Steißlage, männl., 49 cm, 2830 g, 7,8 : 11,0 : 12,1 : 33,0	Ziemlich starke atonische Nachbl., sonst normal	5	14 Monate Muttermilch	Masern im 4. J.	mit 12 M.	Sprech. $1\,1/2$ J., geist. gut entw., 1 m groß Brustbeite 24, Gew. ohne Kleider 36 Pfd.

Zum Schluß sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. Stoeckel für die Anregung zum Thema und die gütige Ueberlassung des Materials und Herrn Prof. Hoehne für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Baisch, Das enge Becken. Ergebnisse der Geb. u. Gyn. 1. Jahrg. 1910.

— Reformen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig 1907.

Bumm, Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie. Zentralbl. f. Gyn. 1908 Nr. 19.

Doederlein, Beckenerweiternde Operationen. Referat für den gynäkologischen Kongreß 1907.

— Ueber den Extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn. 1909.

Fehling, Die operative Geburtshilfe der Klinik und Praxis. Wiesbaden 1908.

v. Franqué, Die Therapie bei engem Becken nach den Erfahrungen der Prager und Gießener Klinik.

Fritsch, Ueber künstliche Frühgeburt nach modernen Anschauungen. Monatsschr. für. Geb. Bd. 29.

Hannes, Beiträge zur Anwendung der Hystereuryse. Verhandl. d. D. Ges. f. Gyn. 1905.

v. Herff, Der Blasenriß bei der künstlichen Frühgeburt. Münchn. med. Wochenschrift 1908.

Kannegießer, Ueber subkutane Hebotomie auf Grund von weiteren 30 Fällen und über die „Dauererfolge" der Operationen. Arch. f Gyn. Bd. 81. 1910.

Krömer, Erfolge und Aussichten der künstlichen Frühgeburt. Arch. f. Gyn. Bd. 20.

Krönig, Wieweit soll das Recht des Kindes auf Leben bei der Geburt bewahrt werden? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIII. H. 3.

Krönig, Enges Becken. Deutsche Klinik. X. Bd.

Leopold, Beiträge zur Therapie beim engen Becken. Arch. f. Gyn. Bd. 86.

Lorey, Die Erfahrungen der künstlichen Frühgeburt mit Berücksichtigung des späteren Schicksales der Kinder. Arch. f. Gyn. Bd. 21.

Menge, Zur Indikationsstellung bei der Hebosteotomie. Verh. d. D. Ges. f. Gyn. Bd. XII.
Peham, Das enge Becken. Eine Studie. Wien u. Leipzig. 1908.
Reifferscheid, Ueber Geburten bei engem Becken. Festschrift für Fritsch, Leipzig 1903.
Schauta, Ein Wort für den klassischen Kaiserschnitt. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. 31. 1910.
Scheffzweck, Die primären und Dauererfolge der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken.
Stoeckel, Die Therapie des engen Beckens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31. 1910.
— Klinische und außerklinische Therapie beim engen Becken. Praktische Ergebnisse für Geb. u. Gyn. H. 1. 1911.
Veit, Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder. Münchn. med. Wochenschrift 1904, Nr. 38.
Zweifel, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe. XII.
— Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1909. Berlin 1911. Richard Schoetz, Verlagsbuchhandlung.

Lebenslauf.

Am 25. Februar 1885 bin ich, Maria Margarethe Traud, zu Mainz geboren. In meiner Vaterstadt besuchte ich in den Jahren 1892—1899 die höhere Mädchenschule, dann das humanistische Mädchengymnasium in Karlsruhe und legte dort im Juli 1905 das Abiturientenexamen ab. Ich widmete mich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Freiburg i. Br., München und Kiel. Am 4. März 1908 bestand ich das ärztliche Vorexamen in Freiburg und am 2. Juni 1911 beendete ich das Staatsexamen in Kiel. Seit 15. Juni 1911 bin ich als Medizinalpraktikantin an der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Kiel tätig.